

HEMANGIOMA DEL COLON

Dr. Silvio R. Zúñiga i¹)

Aunque las malformaciones vasculares han sido encontradas virtualmente en toda estructura humana, los hemangiomas del colon son poco comunes.

Desde 1839 Phillips (1) describió lo que se considera el primer caso de hemangioma colónico en un sirviente que tuvo tres severas hemorragias procedentes de un tumor rectal del tamaño de una nuez. Más de un siglo después, Hunt (2) en 1941 solamente encontró 20 casos adicio-

15 hemangiomas cavernosos del ano, recto o sigmoides informados en 1932 por Bensaude. En 1949, Gentry et al.

(3) revisaron 1.400.000 historias y 10.000 autopsias de la Clínica Mayo, encontrando 94 tumores vasculares del tracto gastrointestinal, de los cuales solo 31 estaban ubicados en el colon.

Según Head et al. (1) hasta 1973 únicamente han sido descritos en la literatura mundial 50 casos de hemangiomas confinados al cólon íntara-abdominal y dan el siguiente sumario de los casos informados:

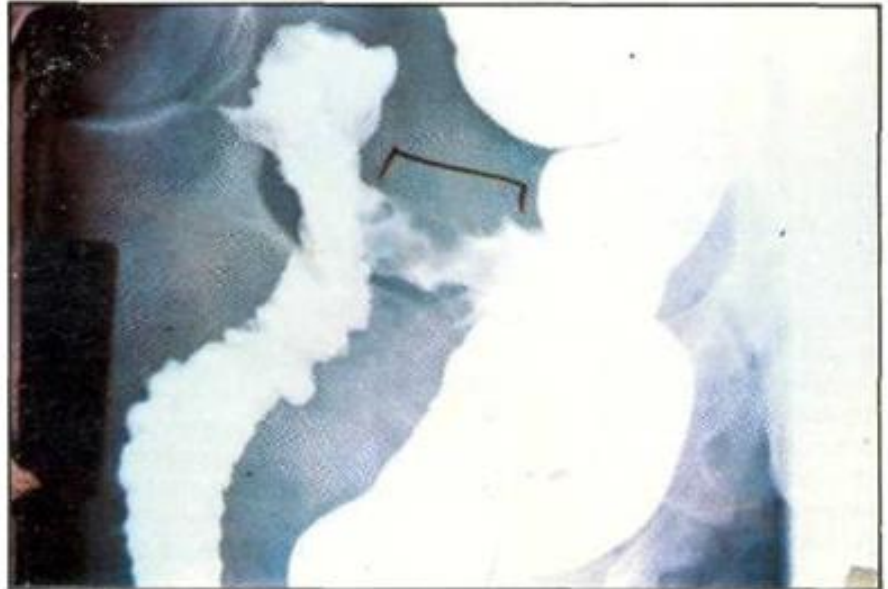


FIG. 1, Enema baritado demostrando defecto de relleno en la mitad del sigmoides.

HEMANGIOMAS DEL COLON Y DEL RECTO

Informadores	Cólon	Recto	Recto-Sigmoide	Múltiple Ubicación
Gentry, Dockerly y Clagett	31	45	12	37 (Apéndice 5)
Rissier	11	18	14	9
Condon y Lloyd	8	..	1	..
TOTAL	50	63	27	46

i¹) Jefe del Servicio de Cirugía General, Hospital-Escuela, Tegucigalpa, D.C. Profesor Titular de Diagnóstico Quirúrgico, Facultad CC. MM., UNAH.

La ocurrencia del primer caso de hemangioma del colon en nuestra práctica y la escasez estadística de esta patología nos ha

movido a dejar constancia de tal hecho y aprovechar la ocasión para efectuar una revisión sobre el tema de la literatura asequible.

INFORME DEL CASO

Una mujer de 25 años de edad fue admitida a un hospital privado de Tegucigalpa el 10 de Mayo de 1979, asegurando que desde su juventud había padecido de ocasionales dolores abdominales cólicos, que se aliviaban al defecar. En ciertas oportunidades hubo hematoquesia y, de vez en cuando, tenía asientos de sangre fresca. Siempre atribuyó tales síntomas a amebiasis y con tratamiento específico mejoraba. A finales de Abril de 1979 consultó su Ginecólogo por cefalea, pérdida de peso y dolor cólico en abdomen inferior; éste le informó que presentaba una tumoración abdominal extra-genital en la mitad izquierda de su pelvis y le ordenó un enema baritado, el que demostró un defecto de relleno en región media del sigmoides, impresionando tal lesión al Radiólogo como un adenocarcinoma (Fig. 1). Fue referida a Cirujano General. Al ser aceptada por éste se ordenaron otros exámenes radiológicos y laboratoriales, que fueron normales a excepción del examen de heces que reveló la presencia de trofozoítos de *Entamoeba histolytica* y la positividad de sangre oculta. Después de preparación preoperatoria del colon y con las reservas consiguientes por la juventud de la paciente que estadísticamente estaban en contra de una lesión maligna, fue laparotomizada, encontrándose una tumoración en la parte media del sigmoides, de 13 cm. de longitud, de superficie mamelonada, de color rojo vino, que tomaba circunferencialmente todo este segmento y con límites proximal y distal bien precisos; con tales características fácilmente

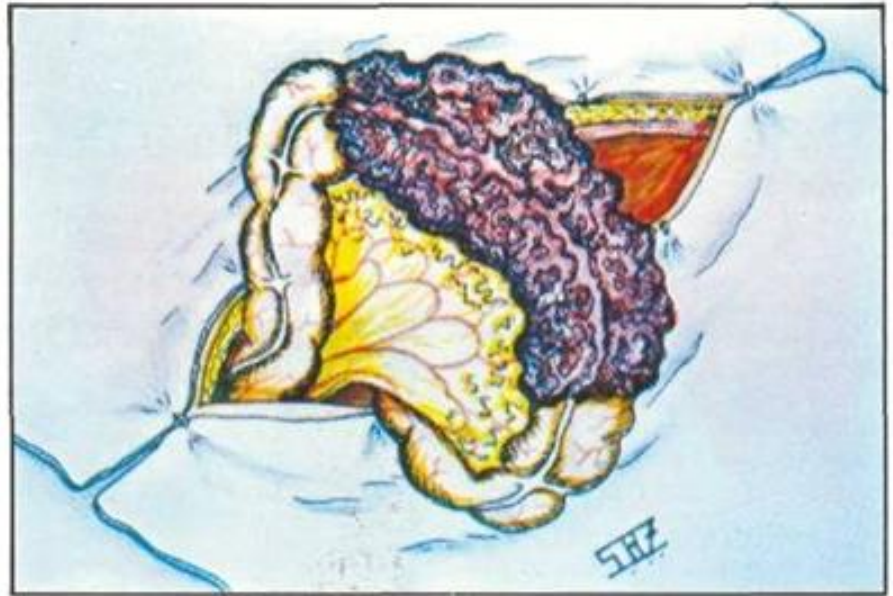


FIGURA 2. Dibujo de los hallazgos intraoperatorios.

fue identificado como uri/hemangioma (Fig. 2). Se efectuó una resección segmentaria del colon con su correspondiente meso, restableciendo la continuidad por anastomosis termino-terminal. Su postoperatorio inmediato fue satisfactorio, dándosele de alta al 60. día postoperatorio. El informe anatomopatológico de la pieza extirpada fue de hemangioma cavernoso sin ninguna evidencia de malignidad.

PATOLOGÍA

Aured y Spencer (4) clasifican los hemangiomas del colon en dos categorías: hemangioma capilar y hemangioma cavernoso, que es una clasificación similar a la propuesta por Obendorfer y popularizada por Kaiser en 1936.

El hemangioma capilar está compuesto por una malla de finos capilares empacados, con una capa bien diferenciada de endotelio hiperplásico.

El hemangioma cavernoso está constituido por vasos grandes, de paredes delgadas, cuyo estroma de soporte tiene poco tejido conectivo y muy escaso tejido muscular; existen dos tipos, uno difuso y otro localizado, pudiendo este último ser o no polipoideo.

Head et al. (1) clasifican los hemangiomas benignos en tres categorías, a saber:

I. Capilar (simple, generalmente único) II. Mixto III. Cavernoso

- A. Múltiples flebectasias (cavernoso pequeño)
- B. Polipoideo simple
- C. Expansivo difuso (único)
- D. Expansivo difuso (múltiple, no continuo)

Wood (5) los clasifica en 5 categorías: hemangiomas cavernosos, hemangiomas capilares, hemangiocitosis, hemangiopericelios.

La radiología puede ser de utilidad por medio de un enema baritado. Nos demostrará un defecto de relleno en determinado sitio pero infrecuentemente dará un diagnóstico etiológico. Hells-

(7) enfatizan que la constatación de flebolitos en sitios diferentes a los de los plexos venosos pélvicos deben hacer nacer la sospecha de hemangiomas y que en niños tienen mayor significado que en adultos. Aseguran que la presencia de flebolitos en asociación con un defecto de relleno intraluminal submucoso debe considerarse como casi diagnóstico. Igual opinión sustenta Hollingsworth (8).

Muy poca información se obtuvo sobre la posible aportación de la endoscopia, que estimamos que con sus adelantos es capaz de ser de gran ayuda diagnóstica. Allred y Spencer (4) aseveran que proctosigmoidoscópicamente los hemangiomas pueden aparecer como pequeñas decoloraciones azuladas de la pared intestinal o como manchas brillantes de color rojo cereza sobre una mucosa intestinal normal. Berk y Haubrich (9) enfatizan que la biopsia endoscópica es peligrosa. Si existe participación rectal la tumoración puede ser palpada por examen digital o visualizada con el proctoscopio como una masa nodular azulada.

Se hace énfasis en la angiografía selectiva, la que se dice es capaz de revelar la malformación vascular, sobre todo cuando la hemorragia es activa (6), siendo posible por este medio localizar el sitio del sangrado, con la condición que la pérdida sanguínea

sea por lo menos de 0,5 ml. por minuto.

En la mayoría de los casos el diagnóstico se efectúa hasta en el momento de la laparotomía. Pero aún en esta circunstancia el diagnóstico no en todos los casos es fácil de establecer. Piero-se (10) informa una ingurgitación de los vasos del meso en la región de la tumoración, lo que puede ayudar a localizarla. Otro medio de localizarlo cuando la malformación no es evidente consiste en efectuar múltiples colostomías y a través de ellas introducir un sigmoidoscopio para examinar por sectores la mucosa colónica.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los hemangiomas del colon es primariamente quirúrgico. De acuerdo con Head et al. (1) "las pequeñas malformaciones pueden a veces ser extirpadas submucosamente con preservación de la pared seromuscular del intestino. En las lesiones mayores, si el Cirujano está seguro que el tumor es benigno, las resecciones locales segmentarias son curativas. Si la malignidad no puede ser excluida después de adecuados cortes por congelación, la extirpación radical del segmento con su meso es lo aconsejable". Los grandes hemangiomas cavernosos difusos con múltiples localizaciones requieren colectomías amplias, que pueden llegar hasta resecciones abdominoperineales en los hemangiomas rectosigmoideos.

De acuerdo con los autores mencionados, el manejo no extirpado de los hemangiomas puede ocasionalmente ser necesario, ya

sea por lo extenso de la lesión o ya sea porque el paciente puede ser un pobre riesgo quirúrgico. En tal caso se han efectuado derivaciones intestinales pero la hemorragia permanece como una constante amenaza. En unos pocos casos con buen suceso se han llevado a cabo colostomías derivativas seguidas de radioterapia de alto voltage. El uso de agentes esclerosantes muy raramente ha tenido buen éxito. Igual puede decirse de la ligadura de los vasos irrigantes del tumor, lo que conlleva el peligro de necrosis intestinal.

En forma similar se manifiesta Pradhan (6) quien asegura que el tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica y que los otros medios terapéuticos no son aceptables en la actualidad (substancias esclerosantes, congelamiento, radioterapia de alto voltage y aplicación local de radium).

SUMARIO

1. Se hace el primer informe de hemangioma cavernoso del sigmoidees ocurrido en nuestro medio.
2. Se comprueba que mundialmente es una lesión muy rara del colon.
3. Se analizan las características patológicas de la tumoración.
4. Se estudia su sintomatología.
5. Se investigan los medios auxiliares diagnósticos.

La radiología puede ser de utilidad por medio de un enema baritado. Nos demostrará un defecto de relleno en determinado sitio pero infrecuentemente dará un diagnóstico etiológico. Hells-

(7) enfatizan que la constatación de flebolitos en sitios diferentes a los de los plexos venosos pélvicos deben hacer nacer la sospecha de hemangiomas y que en niños tienen mayor significado que en adultos. Aseguran que la presencia de flebolitos en asociación con un defecto de relleno intraluminal submucoso debe considerarse como casi diagnóstico. Igual opinión sustenta Hollingsworth (8).

Muy poca información se obtuvo sobre la posible aportación de la endoscopia, que estimamos que con sus adelantos es capaz de ser de gran ayuda diagnóstica. Allred y Spencer (4) aseveran que proctosigmoidoscópicamente los hemangiomas pueden aparecer como pequeñas decoloraciones azuladas de la pared intestinal o como manchas brillantes de color rojo cereza sobre una mucosa intestinal normal. Berk y Haubrich (9) enfatizan que la biopsia endoscópica es peligrosa. Si existe participación rectal la tumoración puede ser palpada por examen digital o visualizada con el proctoscopio como una masa no-

Se hace énfasis en la angiografía selectiva, la que se dice es capaz de revelar la malformación vascular, sobre todo cuando la hemorragia es activa (6), siendo posible por este medio localizar el sitio del sangrado, con la condición que la pérdida sanguínea

sea por lo menos de 0,5 ml. por minuto.

En la mayoría de los casos el diagnóstico se efectúa hasta en el momento de la laparotomía. Pero aún en esta circunstancia el diagnóstico no en todos los casos es fácil de establecer. Piersse (10) informa una ingurgitación de los vasos del meso en la región de la tumoración, lo que puede ayudar a localizarla. Otro medio de localizarlo cuando la malformación no es evidente consiste en efectuar múltiples colostomías y a través de ellas introducir un sigmoidoscopio para examinar por sectores la mucosa colónica.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los hemangiomas del colon es primariamente quirúrgico. De acuerdo con Head et al. (1) "las pequeñas malformaciones pueden a veces ser extirpadas submucosamente con preservación de la pared seromuscular del intestino. En las lesiones mayores, si el Cirujano está seguro que el tumor es benigno, las resecciones locales segmentarias son curativas. Si la malignidad no puede ser excluida después de adecuados cortes por congelación, la extirpación radical del segmento con su meso es lo aconsejable". Los grandes hemangiomas cavernosos difusos con múltiples localizaciones requieren colectomías amplias, que pueden llegar hasta resecciones abdominoperineales en los hemangiomas rectosigmoideos.

De acuerdo con los autores mencionados, el manejo no extirpado de los hemangiomas puede ocasionalmente ser necesario, ya

sea por lo extenso de la lesión o ya sea porque el paciente puede ser un pobre riesgo quirúrgico. En tal caso se han efectuado derivaciones intestinales pero la hemorragia permanece como una constante amenaza. En unos pocos casos con buen suceso se han llevado a cabo colostomías derivativas seguidas de radioterapia de alto voltage. El uso de agentes esclerosantes muy raramente ha tenido buen éxito. Igual puede decirse de la ligadura de los vasos irrigantes del tumor, lo que conlleva el peligro de necrosis intestinal.

En forma similar se manifiesta Pradhan (6) quien asegura que el tratamiento de elección es la extirpación quirúrgica y que los otros medios terapéuticos no son aceptables en la actualidad (substancias esclerosantes, congelamiento, radioterapia de alto voltage y aplicación local de radium).

SUMARIO

1. Se hace el primer informe de hemangioma cavernoso del sigmoidees ocurrido en nuestro medio.
2. Se comprueba que mundialmente es una lesión muy rara del colon.
3. Se analizan las características patológicas de la tumoración,
4. Se estudia su sintomatología.
5. Se investigan los medios auxiliares diagnósticos.

6. Se adquiere información sobre los medios terapéuticos empleados. •

BIBLIOGRAFÍA

HEAD, H.D., Baker, J.Q. y Muir, R.W.: Hemangioma of the Colon. The Amer. Journ. of Surg. 126:619

HUNT, V.C.: Hemangioma of the Large Bowel - Surgery 10:651 1941

GENTRY, R.W., Dockerty, M.B. y Clagett, O.T.: Vascular malformations and vascular tumors of the gas-

trointestinal tract. Int. Abstr. Surg. 88:281 1949

ALLRED Jr., H.W. y Spencer, R.J.: Hemangiomas of the Colon, Rectum, and Anus. Mayo Clin. Proc. 49:739 1974

WOOD, D.A.: Tumors of the Intestines. Armed Forces Institute of Pathology. Washington F 22:44 1967

PRADHAN, D.J.: Gastrointestinal Hemangiomas. Arch Surg. 104:704 1972.

HELLSTROM, J., Hultborn K.F. y Engstedt, L.: Diffuse

Cavernous haemangiomas of the rectum. Acta Chir. Scand 109:277 1955.

8. HOLLINGSWORTH, G.: Haemangiomas of the colon. Br. Jour Radiol. 25:220 1951

9. BERK, J.E. y Haubrich, W.S.: Bening tumors of the colon and rectum. Bockus Gastroenterology Vol. II Pag. 983 1964.

10 PIEROSE, P.N.: Haemangioma of the gastrointestinal tract JAMA 115:209 1940.